

# La salute mentale in regione oggi

*Roberto Mezzina*

*Franco Perazza*

*Renzo Bonn*

Ex-direttori di DSM

Pordenone, 6 dicembre 2024

# Quadro nazionale

- 46 anni della **L. 833 (180)** / Centenario nascita Franco Basaglia / FVG l'ha anticipata (Gorizia e Trieste, ma anche Pordenone e Udine) ne ha dimostrato l'applicazione effettiva – riconosciuta dall'OMS (2001, 2005, 2021, 2022) come '**rete completa di Servizi centrati sulle persone (sulla risposta ai loro bisogni) e basata sui loro diritti**'.
- La salute mentale ha anticipato il **modello di medicina territoriale** (distretti)
- **Calo 20% risorse umane in 10 anni** (SIEP). Parametrazione conferenza stato-regioni sbilanciata sui SPDC
- Quota per salute mentale del **FSN calata da 3,5% (FVG nella media) nel 2015 (SIEP)** a 2,75% (dato ministeriale) nel 2023 – atteso minimo 5%, come LMIC (Slovacchia; paesi asiatici)
- **Chiusura OPG e apertura Rems**, 2014-17 / contenzione molto presente. Aumentata domanda di controllo sociale alla psichiatria dall'ambito della giustizia
- Servizi già **deprivati** durante covid (es. CSM chiusi, SPDC riciclati) in grande sofferenza oggi
- A fronte di una aumentata domanda (giovani 25% disagio), vi è una risposta con modello ambulatoriale medico difensivo, non globale (sui determinanti sociali) né intersetoriale, ma parcellizzato e compartmentato. Minore accessibilità, minor capacità di presa in carico.
- **UE: rapporto e risoluzione su modello globale, dicembre 2023.**
- **Già in audizione due DDL governativi con aspetti preoccupanti di regressione sul piano dei diritti e sostanziale smantellamento della legge Basaglia**

# Come stiamo? Il FVG nel Rapporto Nazionale Salute Mentale

- I dati regionali inclusi nel Rapporto Nazionale Salute Mentale presentano **oscillazioni enormi** (ad esempio, da **173/10.000** ab. nell'anno 2018, a **111/10.000** ab. nel 2022, e a **255/10.000** nel 2023) – che ci interroga sulla qualità e la metodologia di raccolta dei dati.
- **Aumento progressivo del tasso dei TSO**, da 0,3-,0,4 per 10.000 ab. del 2016-7 a 1,0 del 2022 (nella media nazionale, ma sono contati i TSO ospedalieri e non quelli dei CSM: quindi è molto più alto). La regione aveva il tasso più basso d'Italia. **Tripligate le persone sottoposte a TSO a Trieste tra 2018 e 2023 (da 18 a 57)**.
- Aumento degli **accessi in Pronto Soccorso** (da 7,34/1.000 ab. nel 2016 a 8,9 nel 2023- ma noi abbiamo i ricoveri nei CSM). (dati regionali, SISM).

- 1) Progressiva e infine completa (voluta) **disapplicazione del Piano Regionale Salute Mentale del 2018**, che doveva realizzare il Piano d’Azioni nazionale per la Salute Mentale del 2013, approvato dalla conferenza Stato-Regioni. **Non sostituito** da alcun altro documento di programmazione complessiva.
- 2) Il **sistema informativo** non estrae dati e report, che possano essere diffusi agli operatori e resi pubblici, neanche i dirigenti li conoscono, e che siano utili alla valutazione di efficienza e di efficacia dei servizi, alla negoziazione di budget e agli obiettivi relativi. **SI NAVIGA A VISTA**
- C’è solo un ‘**piano di distruzione**’ ?? **Aggressione politico-culturale, ma anche smontaggio di una eccellenza tecnico organizzativa (basso n. TSO, gestiti nei csm, no contenzione / servizi a porte aperte, no OPG (REMS all'avanguardia), riduzione suicidi, inserimenti lavorativi, rete di soluzioni per il diritto all'abitare, risposta globale, ecc).**
- Verso dove? Il privato?
- **Sofferenza famiglie e utenza** – conferenza Zuliano – regione assente.

## (2) Personale: carenze quantitative e qualitative

- **Riduzione di organico**, in particolare infermieri e ora anche medici. Parziale incremento tecnici della riabilitazione psichiatrica.
- **Ricadute sui singoli casi**: presa in carico e continuità, riduzione interventi riferiti da o con altre agenzie, dimissioni forzate casi complessi
- **Formazione**: assenza di formazione coerente con il modello e le pratiche finora attuate con risultati positivi. Manca un piano per la formazione dato il turnover rilevante degli ultimi anni.
- Rischio grave di perdere la cultura del servizio e suoi aspetti operativi e gestionali peculiari (es.: mancata implementazione del manuale del CSM 24 ore in ASUGI).

# Riduzione del personale

- Compromette la “presa in carico” delle persone con problemi complessi a favore di una pratica “ambulatoriale”
- Riduce la capacità di risposta ad altri servizi o istituzioni ( es. carcere, unità di valutazione distrettuale, scuole, ecc.)
- Spinge a “dimissioni” forzate per allentare il carico del servizio
- Mortifica la prevenzione ( scuole, MMG, altri contesti)

# Mancanza di formazione

Manca una formazione che sia coerente con le pratiche fino ad ora seguite dai servizi ( gestione della crisi, lavoro di rete, lavoro con le famiglie, ecc) aggravata con l'uscita degli operatori con più lunga esperienza

# Il ruolo del privato sociale

Gli appalti attualmente in fase di avvio orientano esclusivamente su richieste di residenzialità (posti letto) facendo venir meno il tema del “lavoro” : da sempre strumento principe per la riabilitazione e l'inclusione sociale.

Organizzati su territori troppo estesi fanno perdere specificità e caratteristiche dei singoli territori, alleanze e rapporti significativi, capacità generative che richiedono sinergia con le singole realtà locali.

# Fondo per l'autonomia possibile salute mentale

Uscito dalla fase di sperimentazione include anche altri servizi come i servizi per le dipendenze e per l'età evolutiva.

Questa operazione importante non ha visto il necessario ed indispensabile aumento delle risorse

# Protagonismo delle persone

Cala l'attenzione al coinvolgimento delle famiglie e  
delle persone con disturbo per renderli interlocutori  
forti nella programmazione dei servizi

# **SALUTE MENTALE FVG**

## **TEMI CHIAVE**

### **1) L'ÉQUIPE**

intesa come principale **strumento tecnico**, non ideologico, dell'operatività e della progettualità. L'attuale governo regionale tende a smontare le équipe esistenti per rompere la continuità, e parcellizzare il lavoro di gruppo:

#### **A) IL PERSONALE E LE RISORSE**

che si riducono e non vengono formate adeguatamente .

## B) AMPLIAMENTO BACINI D'UTENZA E RIDUZIONE NUMERO CSM

- Ad esempio la lunga vicenda di via Gambini a Trieste, non ancora riaperto sulle 24 ore. Il CSM di Codroipo (destinato ad essere un 24 ore) ha ridotto l'orario ad 8 ore. Tarcento, un territorio non molto esteso, ma complesso è destinato alla chiusura ed i comuni che sono interessati verranno divisi tra i CSM di Cividale e Gemona.

# C) I PRIMARIATI

- Si mettono nei posti di responsabilità persone che non hanno alcun legame con le **storie** e la **cultura** dei servizi, facendo vincere i concorsi di primario a persone scelte **non per competenza**, quanto **per la NON conoscenza del servizio e del territorio**.
- Ad Udine si fa vincere una persona proveniente dal pordenonese ed a Pordenone una proveniente dall'udinese. Si invertono i responsabili tra l'SPDC di Udine ed il CSM di Domio, con l'evidente strategia di rompere la continuità

## D) ROTTURA DELLE ÈQUIPE FUNZIONANTI

- Si spostano di sede operatori esperti, che conoscono reti sociali ed istituzionali dei loro contesti di lavoro, e sono conosciuti.

## F) FRAMMENTAZIONE E MONETIZZAZIONE

- Si valorizzano tutti i lavori **parcellari** e facilmente **quantificabili**, a scapito di quelli **complessi**, ma difficilmente misurabili in termini di **costi rimborsabili**.

# 3) PERCHÉ ?

- A) una sola spiegazione razionale. Il lavoro d'equipe produce un **plusvalore in termini di efficacia**, ampiamente dimostrato su un tipo di sofferenza che nasce da situazioni complesse ed ha bisogno di risposte articolate e non puntuali che **solo il servizio pubblico garantisce.**

- B) Tale livello di complessità è molto **produttivo** sotto il profilo **qualitativo** dei risultati di salute, ma lo è molto **poco sotto quello del guadagno economico diretto**.
- Il problema è quindi la difficoltà a quantificare economicamente questo tipo di prestazioni. Il Privato più che essere privo delle capacità necessarie per fare queste cose, che comunque richiedono formazione, esperienza, attitudine, **non è assolutamente interessato**, perché non sono prestazioni a cui è possibile attribuire un **prezzo standard unitario da remunerare**.

- C) l'abbassamento degli standard qualitativi della risposta del pubblico, che viene così ottenuta diventa un **pretesto** per vendere la risposta privata, presunta tecnica, come preferibile.

# Lavoro in équipe svalorizzato

- Tutte le informazioni che raccogliamo mostrano come vi sia una **svalorizzazione** costante nell'attenzione all'**équipe**, alle **continuità operative**, all'**attenzione**, all'**interazione** ed **integrazione tra servizi diversi**.
- Sono certamente cose che chiedano tempi che il taglio delle risorse impediscono, ma sono anche lo strumento ineludibile per garantire la **qualità di una risposta** che ha fatto riconoscere il modello di Servizi della nostra regione come esemplare da parte dell'organizzazione mondiale della sanità.

# Conclusione (1): esiti sulla *workforce*

- Frammentazione
- Leadership deboli (eterodirette, manipolate dall'alto) e/o avulse dal contesto storico e operativo
- Demotivazione, impossibilità di esprimere le contraddizioni e lavorarci sopra, intimidazione, rassegnazione, inibizione iniziative e discussione interna
- Abbandono (dimissioni, precarietà, etc)
- Impoverimento culturale, operativo e pratico

# Conclusione (2): Sistema 24 ore a rischio

- La situazione delle risorse concorre alla riduzione del n. dei CSM aperti sulle 24 ore: ad ASUGI, a Trieste via Gambini solo diurno, ma altri CSM non reggono.
- Riduzione del n. e dell'apertura dei CSM in ASUIUD – prospettata chiusura Tarcento, con ripartizione utenza tra Gemona e Cividale. A Codroipo riduzione orario a 8 ore.
- In ASFO le carenze di personale mettono a rischio la tenuta di un sistema che **non ha mai completato la copertura sulle 24 ore**.
- Conseguenze:
- **Riduzione di copertura** (utenza abbandonata); **difficoltà di accesso**; **aumento dei ricoveri ospedalieri** in SPDC, anche dal carcere (carenze del servizio in carcere); **residenzialità dominante**: capitolati dei BDS sui posti letto e non su inserimento lavorativo; utenti in **REMS o residenze anche fuori regione** (caso Meran).
- Altre criticità del sistema:
- Riferimento ai distretti problematico; servizi sociali idem – difficoltà a funzionare come **sistema sociosanitario integrato**
- Integrazione con NPI carente a livello territoriale. Un unico servizio per **adolescenti e giovani** e per la transizione sta a Trieste. Particolarmente grave tenuto conto della mutata epidemiologia, con oltre il 40% dell'utenza sotto i 45 anni notevole complessità del disagio giovanile.

# Proposte

- **Mantenimento del sistema 24 ore:** definizione sedi, stato edifici, parametrazione a popolazione, standard di personale
- Strumenti: **tavolo regionale** sulla salute mentale comprendente le associazioni dei cittadini e le amministrazioni locali.
- presentazione e **pubblicazione dei dati** epidemiologici e di esito, a livello regionale e aziendale; presentazione degli obiettivi e del loro risultato
- **piano della formazione** del personale al modello di servizio, inclusi i direttori di DSM.
- **Salute mentale adolescenti e giovani:** definire un modello regionale.
- Rilancio della **co-progettazione sui BDS**, evitando esternalizzazione con delega
- Protocollo regionale **psichiatria–giustizia** del 2015 riattivato; revisione del servizio in carcere a livello regionale.
- Istituzione di un **organo di revisione dei TSO** presso la regione in collaborazione con gli uffici del giudice tutelare.